

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N^o 50

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BENOIST (Céline)

Née à Paris, le 8 Avril 1901

Externe des Hôpitaux de Paris, Médaille des Epidémies

(DIPLOME D'ÉTAT)

UNE CONSULTATION

de

PROPHYLAXIE PRÉ-NATALE

Travail du Service de Monsieur le Docteur DEVRAIGNE
à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

IMPRIMERIE DU PROGRÈS

51, rue Nationale, RAMBOUILLET

—
1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BENOIST (Céline)

Née à Paris, le 8 Avril 1901

Externe des Hôpitaux de Paris, Médaille des Epidémies

(DIPLOME D'ÉTAT)

UNE CONSULTATION

de

PROPHYLAXIE PRÉ-NATALE

Travail du Service de Monsieur le Docteur DEVRAIGNE
à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

IMPRIMERIE DU PROGRÈS
34, rue Nationale, RAMBOUILLET

1927

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS.
Physiologie	CUNEO.
Physique médicale	ROGER.
Chimie organique et chimie générale.....	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BRUMPT.
Pathologie médicale	Marcel LABBE.
Pathologie chirurgicale	SICARD.
Anatomie pathologique	LECENE.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale.....	PRENANT.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène	CARNOT.
Médecine légale	Léon BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	MENETRIER.
	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	
Clinique des maladies des enfants.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses.....	DELBET.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment ^{1e} .
HARVIER	Pathologie médicale.

MM.

HEITZ-BOYER ..	Urologie.
HOVELACQUE ..	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri) ...	Chimie biologique.
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RICHET Fils	Physiologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

M. RETTERER... Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LÉPER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON MARI

A MON ONCLE

LE DOCTEUR GEORGES SAUPHAR

*Qui m'a si affectueusement dirigée
depuis le début de mes études jus-
qu'à cette thèse.*

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Officier de la Légion d'honneur

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui me fait le grand honneur
de présider cette thèse.*

*Avec l'expression de mes très
respectueux sentiments.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

Officier de la Légion d'honneur

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

Avec l'expression de mon respectueux attachement et de ma profonde gratitude pour les excellents conseils qu'il m'a toujours prodigués.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR GILBERT.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL MATHIEU.

M. LE DOCTEUR DUJARRIER.

M. LE DOCTEUR MENARD.

In memoriam.

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEBRE.

M. LE DOCTEUR PAISSEAU.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARNIER.

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE.

A MES MAÎTRES DE CONFÉRENCE

D^r TZANCK, D^r TURQUETY, D^r RICHARD, D^r BOPPE,
Chirurgiens des Hôpitaux.

D^r BARUCK.

A Madame le D^r HOUDRÉ-BOURSIN.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Il est aujourd'hui de notoriété courante que parmi les grandes causes de mortalité infantile et de mortinatalité, c'est la syphilis qui tient la place prépondérante (38.000 morts par an. Rapport du Docteur Devraigne au Congrès de l'Hérédosyphilis 1925). C'est ainsi que s'est fait jour l'idée du traitement préventif ; c'est-à-dire du traitement de l'œuf à travers l'organisme de la mère syphilitique.

Il n'existait jadis aucune liaison entre les différents services hospitaliers, et l'on n'avait d'autre ressource, dans une maternité, en présence d'un cas de syphilis, que de donner à la malade un bon pour se rendre dans un service spécialisé où elle recevait les soins nécessaires.

Malheureusement, quelle distance entre les deux services ! que de personnes rencontrées et questionnées ; que de consultations bénévoles ; que de commentaires fâcheux pendant tout ce trajet !

Alors que nous prenons tant de soins pour ne révéler le diagnostic que petit à petit et lorsque la malade a déjà pris l'habitude du traitement et en a constaté les heureux résultats chez celles qui viennent le subir avec elle, que de désastres causés par une franchise trop brutale ! Bien mieux : certains services hospitaliers constituent, aux yeux du public, le réceptacle de toutes les maladies dites honteuses et jettent, sur ceux qui s'y rendent, un discrédit pouvant aller jusqu'à la perte de leur place ou jusqu'à leur rendre la vie difficile.

On leur refusera ces menus services qui sont la règle dans les maisons ouvrières, garde des enfants, petite surveillance du ménage, tout cela par crainte d'une hypothétique contamination.

Bien au contraire, il semblera tout naturel qu'une femme enceinte aille recevoir des soins dans une maternité, et qu'une jeune mère continue régulièrement à y présenter son Bébé.

Ces raisons d'ordre sentimental paraîtront puériles à ceux qui ne connaissent pas la mentalité de nos malades ; mentalité telle que Monsieur le Professeur Couvelaire a pu écrire en 1919 : « Presque jamais la syphilis reconnue n'a été convenablement traitée ; presque toujours la syphilis du père a été négligée. Trop souvent, le traitement, quand il a été institué, ne l'a été que tardivement, alors que la nouvelle gestation était déjà près de son terme. Il faut poursuivre l'intégralité du traitement familial, et, pour cela, nous pouvons et nous devons utiliser le lien moral qui unit si heureusement nos mères et nos maternités. »

Aussitôt après la guerre, en 1919, le P^r Couvelaire a passé rapidement de l'Idée à l'Action, et c'est à lui que revient l'honneur d'avoir créé à la Clinique Baudelocque un Dispensaire pour le « Diagnostic et le Traitement des maladies Héréditaires ».

Etayée par d'aussi sérieuses considérations pratiques, cette idée, lancée par M. le P^r Couvelaire, ne pouvait manquer de faire école. L'exemple fut rapidement suivi, et d'autres maternités fondèrent une consultation analogue à celle de la Clinique Baudelocque.

On peut dire que, partout, les résultats obtenus ont été remarquables. Ce sont ceux obtenus à la maternité de l'Hôpital Lariboisière, dans le service de M. Devraigne, que nous publions aujourd'hui.

CHAPITRE I

La Syphilis est la grande tueuse d'enfants

Fournier disait : « Chez les parents syphilitiques 82 % d'enfants morts. »

Plus récemment, en 1920, voici les chiffres relevés par le Professeur Couvelaire à la Clinique Baudelocque.

Sur 3.622 naissances :

55 fœtus morts pendant la gestation après le 5^e mois.

46 fœtus morts pendant l'accouchement.

103 nouveaux-nés morts peu de temps après la naissance.

Parmi ceux-ci : 49 sont morts le 1^{er} jour, dont 43 prématurés débiles.

22 sont morts les 2^e et 3^e jour, dont 15 prématurés débiles.

32 sont morts du 4^e au 10^e jour, dont 26 prématurés débiles.

Or, sur les 55 cas de mort du fœtus pendant la gestation après le 6^e mois, la syphilis a été reconnue avec certitude (antécédents syphilitiques, constatation de lésions syphilitiques en évolution, réaction de Bordet, Wassermann positive chez la mère) dans 24 % des cas, soit près de la moitié des cas.

D'autre part, sur 85 prématurés débiles nés vivants et morts avant le 10^e jour, l'existence d'une syphilis certaine des procréateurs a été reconnue aux signes énoncés plus haut dans 20 % des cas, sans compter les accidents tardifs que peuvent présenter les hérédosyphilitiques qui ne font pas d'accidents précoces.

Au total, 75 % des cas de mort dans les dix premiers jours sont dus à la syphilis.

Il est donc particulièrement important de la dépister. Pour entreprendre, d'une manière rigoureuse, la prophylaxie de la Syphilis, il faut soigner la Syphilis des procréateurs : Dans les maternités ce dépistage doit se faire :

1° A la consultation des femmes enceintes,

2° A la salle de travail,

3° A la consultation des nourrissons.

CHAPITRE II

A la Consultation des femmes enceintes

C'est, tout d'abord par une enquête familiale que l'on s'efforcera de mettre en lumière et pendant la gestation, la possibilité de développement d'une Syphilis héréditaire.

A vrai dire, cela n'est pas toujours facile pour toutes sortes de raisons sociales que l'on devine facilement. Quand cette enquête est possible, on se heurte encore parfois à la mauvaise volonté ou à l'ignorance des parents.

A ce propos, notons que la Syphilis est très fréquemment ignorée plus encore chez la femme que chez l'homme.

Les chiffres fournis par les statistiques du P^r Fournier le prouvent :

Cas de Syphilis tertiaire observés chez l'homme.	3.862
» » » » la femme.	395

Total. 4.257

Or, sur ce nombre, les cas à antécédents spécifiques nuls ou du moins déclarés nuls par les malades, c'est-à-dire les cas constituant ce que l'on appelle *les Syphilis ignorées*, se sont élevés :

1° Chez l'homme à.....	120 cas
2° Chez la femme à.....	71 cas

Total..... 191 cas

D'où cette proportion au pourcentage :

Syphilis ignorée chez l'homme	3,10 % des cas.
» » chez la femme	17,9 % des cas.

L'enquête est extrêmement délicate à faire, et il faut bien se garder, par des précisions intempestives, de mettre la malade sur ses gardes en prononçant le mot de Syphilis.

Il est des aveux parfois difficiles : la femme peut se savoir malade et l'être à l'insu de son mari. Sachons gagner sa confiance par étapes successives. La femme peut être malade et le mari seul en cause. Gardons-nous de lui fournir des

griefs et de rompre l'harmonie d'un ménage. C'est là qu'il faudra, pour l'amener au traitement, user d'euphémismes, et l'on n'hésitera pas à adopter, au moins temporairement, la terminologie populaire pour se faire mieux comprendre et mieux accepter.

C'est toujours un problème angoissant que la mise au traitement d'une femme enceinte si l'on excepte les quelques cas où la Syphilis s'inscrit chez la femme d'une façon éclatante sous forme d'accidents en évolution ou de reliquats typiques. C'est que, souvent, la femme d'un syphilitique nous apparaît syphilitisée sans qu'il nous soit possible d'établir la porte d'entrée ou le mode de contamination.

C'est une femme dont la santé s'est progressivement altérée : amaigrissement, perte des forces, réaction de Wassermann négative, et, cependant, aucune grossesse n'est conduite à terme. Une autre fois, l'on trouve moins encore, mais c'est un enfant qui a succombé précocement à une méningite.

On essaiera dans les cas douteux d'examiner le mari, et c'est là, dans les cas où il consent à venir, qu'il faudra se montrer prudent et réservé.

Parfois, nous aurons la chance d'être renseigné par les anamnestiques : les antécédents héréditaires, c'est le père qui est mort tabétique, ou d'un anévrysme de l'aorte, c'est la mère qui a fait une série de fausses-couches avant de mettre au monde la malade ;

Ou les collatéraux : frères ou sœurs morts en bas âge de convulsions et de méningite, ou vivants, mais atteints de malformations diverses ;

Ou encore les antécédents personnels : la malade dit avoir eu une enfance difficile, ou bien elle a été soignée pour une kératite interstitielle.

L'examen de la malade, quoiqu'il révèle rarement des signes de syphilis en activité, devra toujours être fait soigneusement.

On sait bien aujourd'hui que le médecin dans une consultation de femmes enceintes ne doit pas se contenter d'un examen obstétrical et qu'il doit toujours faire un examen général, même si la femme n'accuse aucun trouble.

Or, chez la femme, il est un fait avéré : c'est que l'accident primaire, le chancre, passe le plus souvent inaperçu. N'étant pas douloureux, il se dissimule facilement dans les replis vulvaires, mieux encore, il siège au niveau du col utérin. Si l'on suppose que l'éruption roséolique a été fruste

elle a alors pu passer inaperçue ; si elle a été plus intense, on l'aura cataloguée éruption médicamenteuse ou toxialimentaire. Il n'en faut pas plus pour que la femme, ignorant son mal, n'attire pas sur lui l'attention du médecin.

Mais par un examen attentif, on pourra néanmoins soupçonner la syphilis, si l'on prend soin de rechercher dans l'aire cervicale postérieure les ganglions qui forment une chaîne de petits noyaux durs et indolents ; dans la zone épitrochléenne on découvrira un ganglion parfois volumineux, et enfin dans la zone inguinale, les ganglions satellites de l'accident primitif.

Nous ne voulons pas insister ici sur l'examen d'une telle malade, qui précisera parfois le diagnostic, en révélant qu'elle souffre de céphalées fréquentes depuis quelques mois, et qu'elle a perdu ses cheveux.

Mais on n'est pas toujours aussi heureux, et, dans la plupart des cas, ce sont les antécédents obstétricaux qui font présumer la possibilité d'une syphilis latente.

Cette catégorie de malades représente la majorité des cas : c'est à celle-ci que s'adresse principalement le dépistage à la consultation des femmes enceintes. Il importe donc d'insister sur les antécédents qui doivent retenir l'attention du médecin et lui faire penser à la syphilis.

1° En premier lieu, les fausses-couches à répétition : elles sont toujours suspectes.

À la vérité, elles peuvent être dues à une intolérance utérine consécutive à un fibrome sous-muqueux, à une métrite subaigüe ou chronique.

Mais lorsqu'elles se succèdent en séries régulières, que la femme nie toute provocation, et qu'elles se produisent à un âge de plus en plus avancé de la gestation, ou qu'elles se combinent à une expulsion de macéré, ou à des accouchements avant terme, elles constituent un signe presque pathognomonique de syphilis.

2° Nous dirons la même chose des accouchements prématurés, à condition néanmoins que la mère ne présente pas de taré cardiaque tuberculeuse ou rénale.

Du reste, il faut savoir que deux rythmes inverses peuvent se présenter dans une famille en ce qui concerne la mortalité infantile due à la syphilis.

Une femme a d'abord des fausses-couches de plus en plus tardives, puis un enfant mort ou qui meurt à la naissance, à

terme, puis un enfant qui meurt de méningite et de convulsions au bout de quelques mois, et enfin un ou plusieurs enfants qui s'élèvent normalement. (Observation n° VII).

Ou bien, rythme inverse, une femme a deux ou trois enfants normaux, puis un enfant mort, puis des fausses-couches de plus en plus précoces.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une syphilis récente, allant en s'atténuant, et permettant enfin une conception normale.

Dans le deuxième cas, il s'agit au contraire d'une syphilis ancienne, qui, antérieurement traitée, et inoffensive au début, se réactive peu à peu, et recouvre sa virulence première faute des soins nécessaires.

3° L'expulsion d'enfant macéré doit en principe imposer le diagnostic de syphilis. Les causes d'erreur sont minimales et faciles à vérifier : ce sont les maladies infectieuses, la grippe, surtout et quelques cas rares de fœtus étranglé par son cordon.

Enfin, la néphrite chronique peut, dans certains cas, causer à elle seule la mort du fœtus *in utero*.

L'expulsion de plusieurs macérés n'ajoute, pour ainsi dire, rien à une certitude obtenue dès le premier accident.

4° L'Hydramnios est encore un signe qui, sans être pathognomonique, mérite néanmoins de retenir l'attention.

Dans la plupart des cas, il s'agit en effet de syphilis : mais, malheureusement, ce signe de grande valeur n'apparaît qu'à un terme assez avancé de la gestation, et nous verrons plus loin, pour l'avenir de l'enfant, qu'il y a grand intérêt à ce que le traitement soit institué dès le début de la grossesse.

Aussi, l'Hydramnios, s'il permet parfois le diagnostic d'une syphilis jusque là méconnue, et par suite l'institution d'un traitement chez la mère, a-t-il surtout un intérêt pour soigner l'enfant dès sa naissance.

5° Il est important également, au point de vue qui nous occupe, d'examiner l'état du fonctionnement rénal.

Certaines femmes, sans qu'aucune maladie infectieuse ait pu provoquer chez elles une néphrite antérieure, font une albuminurie massive. Le dosage au tube d'Esbach révèle des quantités abondantes d'albumine vraie : 4 grammes, 6 grammes et plus encore, par litre. Cependant, ces malades ne présentent pas d'altération de l'état général qui puisse faire penser à une dégénérescence amyloïde des reins, seule cette affection pouvant provoquer une telle albuminurie.

L'examen de ces malades montre un léger œdème des

membres inférieurs, et, souvent, une hypertension notable. Cette néphrite ne s'amende pas malgré le régime lacté et le repos au lit. Dans ce cas, on songera à une néphrite spécifique. Donc, ici seul le traitement spécifique peut guérir. Sans le traitement, malgré des semaines de régime lacté, ces malades restent stationnaires sans voir s'améliorer leur état.

Disons de suite que le traitement de choix sera, dans ce cas, le cyanure de mercure injecté quotidiennement jusqu'à intolérance par voie intra-veineuse. M. Milian a montré le rôle diurétique du cyanure de mercure ce qui joint à son élimination rapide motive son emploi dans le traitement des néphrites.

6° Il faudra s'efforcer encore, en examinant la femme, de rechercher si le fonctionnement des glandes endocrines est normal.

Nous savons toute l'importance qu'attachent les auteurs modernes au fonctionnement de ces glandes : ovaire, corps thyroïde, capsules surrénales.

D'autre part, c'est avec une prédilection manifeste que la Syphilis lèse ces organes apportant ainsi un trouble plus ou moins grand à l'économie.

La surrénale est fréquemment touchée de façon précoce par la Syphilis, et l'insuffisance se traduit par une fatigue générale qui n'a d'autre cause que l'hypofonctionnement de la glande. La femme n'accuse pas de chancre, pas de roséole, pas de plaques muqueuses. C'est une personne bien portante qui maigrit, s'émacie, ne peut plus suffire à sa besogne quotidienne.

L'ovaire est touché dans un certain nombre de cas, et, en général, dans le sens hypofonctionnement.

Il s'agit d'une femme jeune dont les règles ont diminué d'abondance : elles durent un jour ou deux au plus ; le sang est pâle. En même temps, elle a pris un embonpoint considérable, 10 ou 12 kilogrammes en un an. Quelques signes fonctionnels apparaissent : des bouffées de chaleur.

Enfin, le corps thyroïde peut être atteint par le tréponème. Dans un cas, il y a hypertrophie et excitation du fonctionnement de la glande par le virus. On le soupçonnera si la malade se plaint d'une irritabilité récemment apparue. On recherchera alors les signes classiques du syndrome de Basedow.

Au contraire, le virus peut supprimer peu à peu la fonction de la glande thyroïdienne : la femme se plaindra de frilosité, elle aura un facies plus ou moins bouffi.

Tous ces cas devront être étudiés avec soin. Beaucoup d'entre eux seront justiciables du traitement spécifique associé à un traitement opothérapique.

On se souviendra que le traitement agit lentement sur un syndrome caractérisé, et, d'autre part, on ne fera pas d'arsénobenzol aux malades atteintes de maladie de Basedow, car ces sujets, dont le sympathique est touché, ne supportent par l'arsenic et sont prédisposés aux crises nitritoïdes.

CHAPITRE III

A la Salle de Travail

A ce moment, si l'enfant est vivant, il faut faire au plus tôt le diagnostic de Syphilis pour instituer d'urgence le traitement. Si l'enfant est mort et si la Syphilis est encore en cause, on dirigera la mère vers la consultation de Prophylaxie, où elle sera soignée en vue des gestations futures.

1° Si l'enfant naît vivant, sitôt séparé de sa mère, on s'assurera par un examen complet qu'il ne présente pas de malformations : polydactylies-syndactilies, bec-de-lèvre, fissure palatine, spinabifida, imperforation anale. Nous ne pensons pas que ces malformations soient toujours en rapport avec une Syphilis des procréateurs, mais nous savons avec quelle prédilection la Syphilis s'applique à fausser la règle de la nature, soit par excès (doigts supplémentaires, hyperostoses), soit par défaut (fissures, défaut de soudure, etc.). Donc, à défaut d'une cause irrécusable pouvant expliquer la malformation, on suspectera la Syphilis, et si le développement de l'enfant ne s'effectue pas normalement, on sera en droit d'essayer chez lui le traitement spécifique.

Si l'enfant n'a pas de malformation, on s'assurera encore par la palpation que foie et rate ne sont pas perceptibles. L'enfant hérédosyphilitique présente souvent, en effet, un foie et une rate augmentés de volume (Macé). Cette hépatosplénomégalie s'accompagnant fréquemment d'ascite.

L'enfant est normal, ou du moins paraît normal, mais il convient encore d'examiner les annexes embryonnaires qui, parfois, à elles seules, permettent le diagnostic de Syphilis.

1° L'excès de liquide amniotique aura, parfois, au moment du travail, attiré l'attention ; nous l'avons déjà vu.

2° L'Hypertrophie du Placenta, qui existe avec un enfant mort et macéré, peut se voir avec un enfant vivant. La surface du Placenta est rose-pâle, blanchâtre, les cotylédons sont œdématisés, friables, parfois, au contraire, durs et fermes. Avant tout, il est beaucoup plus lourd que normalement, et, au lieu du quotient fœto-placentaire de 1/6, il peut atteindre le 1/5, le 1/4 et même le 1/3 du poids de l'enfant.

On voit des placentas de 800 gr., 900 gr. même, avec un fœtus de 2.000 à 2.500 gr. M. Devraigne a vu un placenta de 1.850 gr. pour un enfant de 1.100 gr.

Cette hypertrophie du placenta syphilitique est due à de l'endopériartérite et de l'endopériphlébite, plus ou moins étendues et généralisées des villosités choriales, avec épaissement notable du stroma par infiltration embryonnaire (Schwab).

La sclérose périvasculaire explique la mort du fœtus, fœtus lui-même malade et infecté.

On a trouvé rarement le spirochète dans le placenta. Celui-ci est aussi rarement le siège de gommès (Lévy-Solal).

Enfin, on notera souvent l'hypertrophie générale ou partielle de la caduque. Celle-ci est souvent retenue dans l'utérus en totalité, ou en partie sous forme de lambeaux ou de masses plus ou moins épaisses.

2° L'enfant est mort-né. Il s'agit tout d'abord de déterminer à quel moment s'est produite la mort.

Si la mort s'est produite pendant le travail, il peut s'agir d'une cause tenant à l'accouchement : gros enfant, bassin vicié, circulaire du cordon. Ces différentes éventualités étant éliminées, on songera à l'infection par le tréponème, surtout si l'enfant né vivant meurt au bout de quelques minutes.

Dans ce cas, il peut s'agir de mort par gommès syphilitiques des poumons : pneumonie blanche des auteurs. (Rouffignac. Thèse de Paris 1919.)

Si la mort s'est produite avant le travail, la femme dira fort bien depuis combien de jours elle n'a plus perçu les mouvements du fœtus, elle dira encore, si elle sait s'observer, que son ventre lui a paru diminuer, et enfin elle signalera qu'elle a eu une montée laiteuse, qui, d'ailleurs, n'est autre, nous le savons, qu'une simple poussée de colostrum.

Si ces phénomènes se sont produits depuis trois ou quatre jours au moins, l'enfant sera macéré, et il se présentera avec un aspect mollassé particulier : les os du crâne chevauchent, l'épiderme est macéré et s'exfolie, le cordon est rouge. Dans ce cas, la Syphilis est presque indiscutable, sauf si la femme est albuminurique, mais là encore, nous avons vu qu'il fallait faire des réserves. Dans le cas d'albuminurie, le placenta a un aspect particulier : il présente un aspect truffé par des infarctus.

CHAPITRE IV

A la Consultation des Nourrissons

A la Consultation des Nourrissons, le médecin découvre des dystrophies lorsqu'elles apparaissent chez l'enfant né sain en apparence. Ce sont, au premier chef, les signes de Syphilis héréditaire précoce : coryza syphilitique, hémorragies multiples, hématomèse ou melaena.

Parfois, apparaissent chez ces enfants des accidents du type secondaire, dont les plus caractéristiques sont les syphilitides secondaires péri-orificielles ; ces lésions forment autour de la bouche et de l'anus des rides radiées en éventail, et laissent, sous forme de ragades, la marque indélébile de leur passage.

Très fréquemment aussi, et très précocement, on voit chez les hérédosyphilitiques du pemphigus palmo-plantaire. Les bulles sont remplies d'une sérosité louche où fourmillent les tréponèmes.

Chez de tels enfants, l'examen de l'abdomen révélera une hypertrophie du foie et de la rate, signe évident de l'infection par le tréponème. Certains enfants, suivis régulièrement à la consultation et alimentés suivant leur âge, ont des vomissements fréquents. Il en résulte une augmentation de poids irrégulière, d'autant que le lait est souvent mal digéré, et leurs selles plus ou moins panachées. C'est là l'affection que le Professeur Marfan a décrit sous le nom de vomissements habituels. Ce diagnostic posé, il convient, comme l'a préconisé le Professeur Marfan, d'instituer un traitement d'épreuve, liqueur de Van Swieten, par exemple.

En dehors de ces signes évidents de Syphilis évolutive, on voit souvent se développer chez l'enfant hérédosyphilitique des dystrophies osseuses. Le traitement n'arrivera pas à les faire disparaître, alors qu'elles seront installées, mais elles ne se développeront pas si le traitement a été institué précocement.

C'est en effet au cours de la première année de sa vie que, chez l'enfant né à terme, de poids normal, apparaîtront les signes de rachitisme précoce, avec ses principales déformations.

La boîte crânienne est touchée en premier lieu, le front se bombe, front olympien, les bosses frontales forment deux saillies anormalement proéminentes, ou bien, au contraire, c'est la partie médiane du front qui s'avance : front en carène : ou bien encore les bosses pariétales hypertrophiées réalisent le crâne natiforme avec son sillon médian caractéristique. Le système osseux tout entier est touché : membres inférieurs arqués, gros genou, genu valgum, enfin parfois existent des manifestations plus actives qui se surajoutent ; nous voulons parler des lésions juxta-épiphysaires, qui peuvent faire penser à tort à une paralysie. (Pseudo-paralysie de Parrot.)

N'insistons pas plus longtemps sur ces manifestations ; tout peut être réalisé par le spirochète.

Enfin, certains enfants inquiètent souvent le médecin de la Consultation de Nourrissons, parce que chez eux pas de signes objectifs. Ils n'ont qu'un signe : ils ne se développent pas ou très lentement : pas de troubles digestifs, mais peu d'appétit, ils sont frêles, peu colorés. En désespoir de cause, on essaie le traitement spécifique et souvent cela leur donne un véritable coup de fouet. Ils prennent rapidement du poids, retrouvent appétit et vigueur, si bien que le traitement d'épreuve est continué. (Obs. XII.)

CHAPITRE V

Les Examens de Laboratoire

Chaque fois que, dans les antécédents ou par l'examen clinique d'une femme, on trouve un des accidents décrits plus haut, il faut la soumettre à un examen du sang.

Posons tout d'abord, en principe, que la valeur de la séro-réaction de la Syphilis, quelle que soit la méthode employée, est absolue quand elle est positive, et à quelque degré que ce soit. Certains auteurs veulent en effet établir une différence, une échelle de gravité ou d'intensité de la Syphilis, suivant que le Hecht seul est positif, ou que Hecht et Wassermann sont positifs ; d'autres reprochent à l'antigène de Desmoulières sa trop grande sensibilité. Toutes ces théories sont inadmissibles : ou les méthodes d'investigations sérologiques plus délicates sont bonnes et valables, et alors il faut accepter comme tels les résultats qu'elles donnent, ou bien elles sont fausses, et il ne faut pas les pratiquer. Nous avons admis, comme corollaire intangible, qu'un séro-diagnostic, même très faiblement positif, était un garant certain de Syphilis ; posons en principe également absolu que la réciproque n'est pas vraie et qu'un Wassermann négatif ne signifie rien du tout. Non seulement on n'en peut point tirer une certitude de non Syphilis, mais on n'est même pas sûr de ne pas avoir affaire à une Syphilis en activité.

En effet, la Syphilis, on le sait, est une affection évoluant par poussées successives entre lesquelles le spirochète se réfugie dans certains organes : foie rate, ganglions, moëlle osseuse.

Au moment des poussées évolutives seulement, on peut rencontrer des anticorps dans le sang et la séro-réaction se montrera positive, mais les anticorps peuvent être peu nombreux et la réaction se montrera négative, nos méthodes d'investigations n'étant pas assez sensibles.

De plus, on sait à quel point le problème de la Syphilis maternelle est difficile à résoudre.

La Syphilis est-elle transmise par le fœtus à sa mère

comme le veulent certains auteurs, ou la mère est-elle directement infectée par le sperme. M. Marcel Pinard a, en effet, montré que la présence de tréponèmes dans le liquide spermatique était sinon fréquente, du moins possible, et la mère dans ce cas serait infectée directement par la voie des lacs sanguins de la matrice.

Cette séduisante hypothèse expliquerait pourquoi, si souvent, la Syphilis de la femme est « *décapitée* » suivant l'expression de Fournier, ne se traduisant que par des fausses-couches à répétition, ou révélée plus tard encore par des accidents nerveux ou des troubles de la nutrition.

Si la séro-réaction est fréquemment négative chez la femme syphilitique, elle l'est plus souvent encore chez le nourrisson, même lorsqu'il présente des signes de Syphilis en activité et lorsque sa mère est franchement positive. Dès 1908, MM. Bar et Daunay ont montré que la présence de pigments biliaires dans le sang des nouveaux-nés expliquerait le retard à l'hémolyse et masquait la Réaction de Wassermann qui pouvait être légèrement positive.

Inutile pour le médecin, mais fort importante pour convaincre la famille de l'opportunité d'un traitement.

Quoi qu'il en soit, et pour expliquer d'un mot notre règle de conduite, nous pourrions reprendre la phrase célèbre de Landouzy sur la pleurésie, et nous dirions :

Toute malformation, tout déséquilibre de la nutrition qui n'a pas fait sa preuve doit être suspecté de Syphilis et traité comme tel.

Ce traitement pourra n'être qu'un traitement d'épreuve, mais il sera néanmoins soutenu assez longtemps pour ne pas rester à l'état de simple geste ou de vaine formule.

Neuf fois sur dix, ces accidents médicaux ou obstétricaux cessent sous l'influence du traitement, et telle femme qui aura eu 9 ou 10 fausses-couches ou prématurés mettra au monde un enfant vivant à terme. (Voir obs. IX.)

Peut-être nous accusera-t-on de soigner de temps en temps une femme indemne de toute syphilis, ou du moins une femme chez qui les présomptions de syphilis seront légères. Il nous semble qu'il vaut mieux faire un traitement inutile, que laisser évoluer sans le secours d'une médication vraiment merveilleuse en ses résultats un grand nombre de femmes pour lesquelles ce résultat est le seul moyen d'affirmer une syphilis sérologiquement négative et à manifestation clinique fruste.

Nous verrons d'ailleurs plus loin comment nous limitons le risque, si minime soit-il, du traitement, en remplaçant les arsenobenzènes par le mercure ou le bismuth.

Toute cette catégorie de malades, la plus nombreuse en vérité, ne saurait être recrutée par les syphiligraphes qu'elles ne vont pas consulter : elles ignorent leur syphilis, ne la soupçonnent même pas et les médecins consultés à l'occasion d'une maladie quelconque sont souvent dans l'impossibilité de la dépister.

L'accoucheur, au contraire, dans le but de sauvegarder l'enfant y pensera toujours, *c'est donc à lui qu'il appartient de la diagnostiquer et de la traiter.*

CHAPITRE VI

Le Traitement des Mères et des Nourrissons

La règle formulée depuis longtemps en matière de diphthérie peut s'appliquer au traitement de la Syphilis chez la femme enceinte ; il faut frapper vite, fort et longtemps.

C'est que, notre maître le Docteur Devraigne nous a appris dans son service à considérer la Syphilis chez la femme enceinte sous un angle que nous allons brièvement exposer.

La grossesse est un acte physiologique à évolution limitée. Pratiquement, elle commence pour l'accoucheur entre deux et trois mois, c'est-à-dire au moment où la femme vient consulter. Donc que reste-t-il de temps pour protéger le fœtus et lutter contre le tréponème, un maximum de six mois à six mois et demi.

Dans ces conditions, nous estimons que le traitement doit être appliqué d'une façon intensive et continue jusqu'au terme de la grossesse.

Alors que dans la vie d'un syphilitique on doit accorder des périodes de long repos, ici le médecin part de ce principe que le temps perdu ne se rattrape pas.

Un mois d'arrêt, c'est un mois pendant lequel on laisse le champ libre à la maladie, c'est un mois pendant lequel on laisse le champ libre à un adversaire qui lui, n'a pas désarmé, c'est sûrement l'abandon d'un sixième des chances de vaincre, c'est peut-être la perte de la bataille. (Devraigne et Sauphar.)

Si un médicament cesse d'être toléré, que l'on recoure à un autre. Si la femme fatiguée refuse les piqûres, que l'on emploie la voie buccale, mais il faut à tout prix et jusqu'au dernier jour, faire quelque chose et quelque chose d'actif.

Dans l'immense majorité des cas la tâche est facile. Conscientes des risques qu'elles courent, et surtout des risques qu'elles font courir à l'enfant qu'elles portent, les futures mères se montrent d'une docilité parfaite.

La méthode de traitement employée pour les mères a été celle préconisé par M. Milian, c'est-à-dire les injections intra-veineuses de novarsenobenzol en solution diluée, un centigramme pour un centimètre cube d'eau, en commençant par

la dose de trente centigrammes, et en augmentant progressivement de quinze centigrammes par semaine, jusqu'à ce que la malade reçoive une dose massive de un centigramme et demi par kilogramme de poids, soit 90 centigrammes pour un poids de 60 kilogs. Cette dose est répétée trois fois.

Puis, sans aucun repos, on fera une série d'huile grise — huit injections de sept centigrammes de mercure chacune — et enfin une série de novarsenobenzol semblable à la première.

Ces trois séries successives amènent le plus souvent à une époque très proche de la fin de la gestation. S'il reste encore deux ou trois semaines, on peut répéter une ou deux fois la dose terminale de novar, ou, si la femme est fatiguée des piqûres, faire du traitement buccal.

Le traitement ainsi conduit, s'il est entrepris à temps, donne avec une certitude presque absolue des succès quant à la vie et à la vitalité du nouveau-né.

Quant au nourrisson, il est un médicament qui, chez lui, fait merveille : c'est la liqueur de Van Swieten, à condition de l'administrer à doses suffisantes.

Il est très rare qu'elle ne soit pas parfaitement tolérée, en raison de l'alimentation exclusivement lactée du petit malade, et elle suffit dans la grande majorité des cas à rendre une courbe normale à un enfant qui végète ou s'achemine vers l'athrepsie. Nous la préférons nettement à l'emploi des frictions mercurielles thérapeutiques mal appliquées et mal dosées toujours, — mal supportées souvent par les téguments.

Lorsque la Syphilis se présente sous une forme active : plaques muqueuses ou autre manifestation, il faut intervenir plus énergiquement. Nous employons alors le sulfarsénol en injections intra-musculaires. On commence par la dose de un centigramme pour augmenter progressivement jusqu'à un centigramme par kilog du poids de l'enfant.

CHAPITRE VII

Incidents du Traitement

Nous avons énoncé dans les lignes précédentes la manière de conduire un traitement intensif et vraiment actif de la Syphilis, la gestation, nous le répétons, n'étant nullement une contre-indication à l'emploi des doses massives, qu'il s'agisse de novarsénobenzol ou d'autres substances. Bien au contraire, puisque le médicament a ici pour rôle de préserver deux organismes.

Afin d'éviter les accidents dûs à l'emploi des arsénobenzols, nous observons dans notre Consultation les règles de la plus grande prudence ; il ne sera passé à une dose supérieure que si la dose précédemment injectée a été parfaitement supportée. Nous demandons aux malades de prendre leur température trois heures après l'injection de novar et le matin des deux jours suivants. Enfin, nous recommandons aux malades de rester au repos après la piqûre et de ne prendre, ce jour-là, qu'une alimentation liquide. Ces préceptes étant rigoureusement observés, on aura seulement quelques incidents dont tiendra compte le médecin dans l'application ultérieure du traitement.

Telle malade signalera qu'au lendemain de sa piqûre sa température est montée à 40°, elle a eu quelques vomissements. Le lendemain tout était rentré dans le calme.

Ceci nous indique qu'il s'agit d'une malade fortement réactivée et qui fait là une réaction de Herxheimer.

Dans ce cas, on pourra continuer la série de novar : il conviendra seulement de répéter une fois ou deux la même dose et au besoin de lui donner avant et après, quelques gouttes d'adrénaline.

Les incidents dûs à l'intolérance ont une allure plus discrète et plus effacée.

C'est, en général, à la 3^e ou la 4^e injection qu'on les voit survenir, parce qu'alors la dose de tolérance maximum a été atteinte ou dépassée, mais toujours auparavant l'alarme a été donnée par l'organisme.

Telle malade a conservé deux ou trois jours un état nauséux et de la fièvre. Telle autre voit apparaître une diarrhée deux ou trois jours après son injection. Telle autre, enfin, a été deux jours apyrétique, mais elle voit sa température remonter le 3^e jour. (Milian.)

Toutes ces éventualités commandent la plus grande prudence, et, en tout cas, contredisent d'augmenter la dose.

Signalons enfin que l'arsenic a un rôle trophique favorable, et que les malades qui se plaignent d'abattement et de douleurs lombaires au cours d'un traitement par le novar, doivent être considérées comme des intolérantes.

Au point de vue thérapeutique, l'apparition de phénomènes congestifs, nausées, céphalées sera prévenue par la prise per os d'adrénaline, soixante gouttes de la solution au millième absorbée par moitié avant et après l'injection suffiront dans l'immense majorité des cas. Sinon il faudra recourir à l'administration sous-cutanée intra-musculaire ou même intra-veineuse.

L'albuminurie, si fréquente pendant la gestation, n'est pas défavorablement influencée lorsqu'elle est légère par le traitement au novar.

L'Huile grise, au contraire, tendrait à l'augmenter. Dans ce cas, il y a intérêt à employer les sels solubles, et, en particulier, le cyanure de mercure.

C'est celui que nous employons de préférence, car c'est un médicament très actif.

Les incidents qu'il occasionne sont les troubles intestinaux. On les prévient en faisant absorber à la malade quelques grammes de sous-nitrate de bismuth, et, en faisant du riz et des pâtes alimentaires la base de son alimentation durant la série de piqûres.

Les enfants supportent remarquablement bien le traitement spécifique.

Nous avons signalé plus haut combien la liqueur de Van Swieten était facilement tolérée.

De même les arsenicaux : il est quasi exceptionnel de voir un traitement interrompu pour de l'intolérance du petit malade. Néanmoins, nous avons eu récemment un enfant qui, sitôt après l'injection, présentait de la congestion de la face. Un vomissement survenait. Tous ces phénomènes furent rapidement calmés par l'absorption de quelques gouttes d'adrénaline, et on changea le traitement.

CHAPITRE VIII

Nous publions aujourd'hui quelques observations prises parmi les nombreux cas observés dans le service depuis le fonctionnement de cette Consultation.

Ces observations montrent l'efficacité du traitement spécifique, mais quelques chiffres feront mieux ressortir l'utilité de ces consultations.

Du 1^{er} Octobre 1925 au 30 Septembre 1926, le nombre des consultations s'est élevé à 5.376.

Qui se divise en Femmes.... 4.349

» » Enfants.... 1.027

Il a été pratiqué 1.348 examens de sang.

Qui se divisent en Hecht..... 674

» » Wassermann... 674

Le nombre total des injections a été de 4.724.

Qui se divisent en :

Arsenobenzènes	{	novarsenobenzol	2.984
		sulfarsénol	

Bismuth 360

Mercure 1.380

Ces chiffres sont, d'ailleurs, en pleine progression, et nous voyons, actuellement, chaque mercredi, plus de 120 malades.

OBSERVATIONS

N° 1

D... Louise, 22 ans, 1^{re} Geste, est envoyée à la Consultation pour céphalée et vertiges. Depuis quelques semaines elle a remarqué qu'elle perdait ses cheveux. N'a jamais eu aucun « bouton » ni aucune éruption sur le corps. Enceinte de 3 mois.

21 Décembre 1923. S. W.: 0. On fait une réactivation.

NOVO,	NOVO,	NOVO,
I. V. 45	I. V. 30	I. V. 45
26-12-23	2-1-24	9-1-24

Le 16 Janvier 1924 le S. W.: +++++

La malade dit se sentir très améliorée depuis le début du traitement.

On fait une série de 10 injections d'Huile grise.

NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90
23-1-24	30-1-24	7-3-24	14-3-24	21-3-24	28-3-24	4-6-24
			Adr.	Adr.	Adr.	Adr.

Les dernières injections de novar ont été précédées de l'absorption de XXX gouttes d'adrénaline, parce que la malade s'était plainte de céphalée dans la journée de la piqûre. Mais dans l'ensemble le traitement a été bien supporté.

Le 6 Juin accouchement à terme d'un enfant paraissant normal pesant 3.200 gr. Placenta 500 gr.

Le 3.7.24. S. W. = 0,

OBSERVATION II

Col. Yvonne, 26 ans. II^e Geste.

Est envoyée à la consultation parce qu'elle a eu un premier accouchement prématuré à 6 mois 1/2 d'un enfant mort et macéré.

En outre, a présenté l'année dernière une paralysie faciale que l'on a traitée à la Salpêtrière par du Galyl.

Actuellement enceinte de 2 mois 1/2. Mise d'emblée au traitement.

NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 60
27-9-23	4-10-23	11-10-23	18-10-23	25-10-23
NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO
I. V. 75	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90
8-11-23	15-11-23	22-11-23	24-11-23	6-12-23

Le 13.12.23 le S. W.: ++.

On fait alors 8 injections intra-musculaires d'huile grise.

NOVO	NOVO	NOVO	NOVO	NOVO
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 60
12-3-24	19-3-24	26-3-24	3-4-24	10-4-24
		Adr.	Adr.	Adr.

Le 17.4.24 la femme se plaint d'avoir eu dans la semaine de la fièvre, des épistaxis et de la céphalée. On interrompt le traitement. Le S. W.: ++.

Quelques jours plus tard, la femme accouche d'un garçon vivant pesant 2.900 gr. Placenta, 480 gr.

La mère revient à la consultation alors que l'enfant a atteint 18 mois.

A ce moment le S. W. de la mère est encore ++.

Nouvelle série de 10 injections de novar intra-veineux. Le S. W. devient (0).

8 injections d'huile grise.

Une série de sulfarsénoï intra-musculaires. S. W.: = 0.

Au milieu de ce traitement, la femme a eu pendant une journée une cécité complète de l'œil gauche.

8 injections d'huile grise.

10 injections de sulfarsénol intra-musculaires.

L'enfant présentait à 18 mois des bosses frontales proéminentes de l'asymétrie faciale, un lobule adhérent, un testicule en ectopie.

Il reçoit une première série de 10 injections de sulfarsénol.

3 injections d'huile grise.

Nouvelle série de 10 injections de sulfarsénol.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que cette femme, soignée activement durant sa gestation, a mis au monde un enfant de poids normal, et c'est seulement à l'âge de 18 mois qu'elle nous l'a ramené. A ce moment étaient apparus des stigmates dystrophiques osseux, qui ne se seraient peut-être pas montrés si l'enfant avait été mis, dès sa naissance, au traitement. Et, dans le cas présent, il aurait dû y être mis, en effet la Syphilis maternelle était particulièrement active puisque malgré le traitement le S. W. était encore ++ au moment de l'accouchement.

OBSERVATION III

Bell. Solange, 29 ans IX^e Geste.

2 enfants vivants. 1 mort à 6 mois. 5 fausses-couches.

Enceinte de 6 mois, envoyée pour cette raison à la consultation. S. W. = ++++ le 23.4.24.

Huile grise 10 injections.

23-6-24

I. V. 30

novo

2-7-24

I. V. 45

novo

Le 4 Juillet 1924 accouchement d'une fille vivante pesant 3.250 gr.

Placenta normal pesant 430 gr.

L'enfant est ramenée à la consultation âgée d'un mois et demi : elle pousse mal et présente du coryza.

La mère et l'enfant sont remises au traitement.

En résumé : enfant née à terme, pesant un poids normal, avec une placenta normal, grâce au traitement suivi par la mère durant la gestation, mais dont l'hérédité syphilitique se traduit dans les premières semaines de l'existence par du coryza et un développement lent.

OBSERVATION IV

Dev. Marie, 34 ans. IV^e Geste. Envoyée au Dispensaire de Prophylaxie à cause de ses antécédents obstétricaux :

2 enfants vivants. Un enfant idiot mort à 3 ans.

Enceinte de 4 mois 1/2.

S. W.: 0.

Mise néanmoins au traitement.

8 injections d'huile grise. On cesse à cause d'une stomatite.

25-6-24	2-7-24	9-7-24	16-7-24	23-7-24
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 75	I. V. 90
noxo	noxo	noxo	noxo	noxo

Le 30.7.24 le S. W.: 0.

L'enfant naît près du terme pesant 2.900 gr. placenta 490 gr.

Pendant quelques semaines il augmente régulièrement de poids, à l'âge de 6 mois il est envoyé à la Consultation de Prophylaxie par le médecin attaché à la Consultation de Nourrissons. A ce moment il pèse 7 kgrs, mais c'est un enfant blafard, avec un nez en selle et une bouche en trapèze. Il fait des crises convulsives.

2.2.25 S. W. de la mère = ++.

La mère et l'enfant sont mis au traitement.

9-2-25	16-2-25	23-2-25	2-3-25	16-3-25	23-3-25	30-3-25
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90
noxo	noxo	noxo	noxo	noxo	noxo	noxo

Le 7.4.25 le S. W. de la mère = 0.

Huile grise, 9 injections.

Sulfarsénol intra-musculaire, 10 injections.

S. W. = 0.

L'enfant reçoit 5 injections intra-musculaires de sulfarsénol. La mère note un grand changement. L'enfant est devenu gai, les crises convulsives ont disparu.

Dans cette observation, on remarquera que la Séro-Réaction est demeurée négative très longtemps.

L'enfant paraissant normal à la naissance, on a attendu pour instituer chez lui le traitement qu'un signe positif apparaisse, ce qui n'a pas tardé à se produire.

Le S. W. de la mère s'est, d'ailleurs, montré à ce moment +++ et les bons résultats obtenus par le traitement ne permettent pas de douter du diagnostic.

OBSERVATION V

Vint. Alice, 29 ans, enceinte de 4 mois 1/2 est envoyée à la consultation de prophylaxie parce qu'elle a fait antérieurement deux fausses-couches, l'une de 3 mois, l'autre de 5 mois.

Le S. W.: +++++. La femme est mise au traitement.

2-2-25	9-2-25	16-2-25	23-2-25	2-3-25
I. V. 20	I. V. 30	I. V. 30	I. V. 45	I. V. 45
novo	novo	novo	novo	novo
9-3-25	16-3-25	23-3-25	30-3-25	7-4-25
I. V. 60	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90
novo	novo	novo	novo	novo
Adr.	Adr.	Adr.		

Huile grise, 6 injections. S. W.: 0.

La femme accouche à terme d'un garçon vivant pesant 3.000 gr. L'enfant est ramené à la consultation. Il est âgé de 10 mois. Il est pâle, sa tête est volumineuse ; il présente des veinosités marquées, une fontanelle largement ouverte. Une seule dent.

L'enfant est mis au traitement.

Comme dans l'observation précédente, l'enfant est bien venu à terme grâce au traitement intensif suivi par la mère durant sa gestation, mais grâce aussi à l'absence de traitement pendant les premiers mois de sa vie, cet enfant présente des stigmates dystrophiques.

OBSERVATION VI

Dors. Jeanne, 24 ans, enceinte de 2 mois.

1^{er} accouchement, enfant prématuré, 5 mois. Mort et macéré.

S. W. fait à Vannes +++++.

Mise au traitement par le novarsenobenzol.

9-2-25	16-2-25	23-2-25	2-3-25	9-3-25	16-3-25	23-3-25
I. V. 20	I. V. 30	I. V. 30	I. V. 40	I. V. 40	I. V. 45	I. V. 45
novo	novo	novo	novo	novo	novo	novo
30-3-25	7-4-25	14-4-25	21-4-25	28-4-25	5-5-25	12-5-25
I. V. 60	I. V. 60	I. V. 75	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90
novo	novo	novo	novo	novo	novo	novo
Adr.	Adr.	Adr.	Adr.	Adr.	Adr.	Adr.

Huile grise, 12 injections.

A ce moment, la femme, enceinte de 8 mois, cesse de venir aux piqûres.

Elle accouche à terme d'un garçon pesant 3.200 gr. Placenta 500 gr.

L'enfant est ramené à la consultation à l'âge de 4 mois, et présente des stigmates évidents d'hérédo-syphilis.

Teint terreux, bosses frontales, nez en selle, nombreuses veinosités, bouche en trapèze. Hernie de la ligne blanche.

S. W. de la mère est négatif.

Mère et enfant sont mis au traitement.

De même que précédemment, le traitement n'a pas été institué dès la naissance, la mère ayant négligé de venir à la consultation, d'où l'apparition chez un enfant né dans de bonnes conditions de stigmates dystrophiques.

OBSERVATION VII

Roch. Louise, 26 ans. A fait 2 fausses-couches de 3 et 4 mois, un accouchement prématuré à 7 mois: enfant mort.

Vient à la consultation enceinte de 2 mois.

Présente des cicatrices radiées des lèvres.

S. W. = +++++ Mise au traitement par le novarsénobenzol.

9-2-25	16-2-25	23-2-25	2-3-25	9-3-25	16-3-25
I. V. 30	I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 60	I. V. 75
novo	novo	novo	novo	novo	novo
				Adr.	Adr.
23-3-25	30-3-25	7-4-25	14-4-25	21-4-25	28-4-25
I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90
novo	novo	novo	novo	novo	novo
Adr.	Adr.	Adr.	Adr.	Adr.	Adr.

Huile grise, 9 injections intra-musculaires.

S. W. = 0.

Accouche à terme d'un enfant pesant 3.300 gr. paraissant normal ; mis d'emblée au traitement par le sulfarsénol, l'enfant se développe normalement.

OBSERVATION VIII

Kessed. Sophie, 30 ans. A eu 2 accouchements prématurés avec enfants morts, 1 fausse-couche de 3 mois. A déjà été traitée. Mari syphilitique. Vient à la consultation enceinte de 5 mois.

Reçoit 10 injections intra-veineuses de novar — en tout, 5 gr. 75 de novarsénobenzol. Chaque injection étant précédée de l'absorption de XXX gouttes d'adrénaline.

Huile grise, 3 injections intra-musculaires.

Accouche à terme d'un garçon pesant 3 kgs 500, bien constitué. Mort pendant la période d'expulsion.

OBSERVATION IX

Coif. Louise, 24 ans. A fait 2 fausses-couches et un accouchement prématuré de 6 mois.

Vient à la consultation enceinte de 5 mois.

S. W. = 0. Mise au traitement par le novar.

9-3-25	16-3-25
I. V. 20	I. V. 20
novo	novo

La femme se plaint de nausées dans la journée de la piqûre. A eu de la fièvre le lendemain.

Quinio-bismuth, 24 injections.

L'enfant, une fille, vient au monde à terme, pesant 2.900, paraissant normale.

A 6 semaines l'enfant est amenée à la consultation.

S. W. = ++++.

Reçoit une 1^{re} série de sulfarsénol : 38 centigrammes en tout.

Repos 15 jours.

2^e série de sulfarsénol : 31 centigrammes en tout.

Puis par la voie buccale, calomel 5 milligrammes 20 jours par mois.

3^e série de sulfarsénol : 46 centigrammes.

L'enfant a marché à 13 mois ; a eu sa 1^{re} dent à 9 mois. A 16 mois, la fontanelle antérieure est presque soudée. En résumé développement satisfaisant.

Cette observation est intéressante : la mère venue à la consultation enceinte de 5 mois ; le traitement n'a donc pu être aussi complet que nous le désirons. D'autre part, l'enfant avait un S. W. ++++ à l'âge de 6 semaines, une infection active la menaçait : elle a été jugulée par un traitement intensif qui a permis à cette enfant de se développer normalement.

OBSERVATION X

Boi. Germaine, 24 ans, femme spécifique, ictères à répétition, enceinte de 3 mois. S. W. = ++.

Trépol, 20 injections.

La femme accouche à terme d'un enfant normal, pesant 3.000 gr.

Huile grise, 8 injections.

S. W. = 0.

L'enfant nourrie au sein se développe normalement. Mise au traitement par le sulfarsénol.

OBSERVATION XI

Fl. Henriette, 23 ans.

Enceinte de 2 mois, présente un chancre syphilitique du menton avec adénopathie satellite caractéristique.

1^{re} série de novarsénobenzol intra-veineux. Reçoit 5 gr. 10 de novar.

S. W. = ++.

Huile grise, 8 injections.

2^e série de novarsénobenzol, en tout 5 gr. 75 de novar.

Accouche à terme d'un enfant pesant 3.750 gr. présentant un gros foie. Le placenta pèse 600 gr.

L'enfant est mis immédiatement au traitement par la liqueur de Van Swieten.

OBSERVATION XII

Gauth. Anita, 31 ans. Envoyée à la consultation de Prophylaxie par la Consultation des Nourrissons.

La mère est une spécifique ancienne traitée au novar dix ans auparavant. N'a pas été soignée durant sa gestation.

L'enfant âgé de 3 mois, pesait 3.275 gr. à sa naissance.

Il pèse actuellement 4.210 gr.

C'est un enfant pâle, ridé, ayant un aspect vieillot. Il vomit peu, mais boit très mal.

Mis au traitement il a immédiatement réagi.

Il reçoit par voie intra-veineuse 2 centigrammes de novar.

Dans la semaine qui suit, il a augmenté de 210 gr.

La mère et l'enfant poursuivent leur traitement.

OBSERVATION XIII

Deb. Yvonne, 24 ans. Enceinte de 3 mois.

1^{er} accouchement, enfant mort et macéré de 6 mois 1/2.

S. W. = ++++. .

16-3-25

I. V. 30

novo

23-3-25

I. V. 15

novo

Fait une crise nitritoïde, calmée par injection sous-cutanée d'un milligramme d'adrénaline.

Quinio-bismuth, 16 injections intra-musculaires.

Accouche au terme de 8 mois d'un garçon pesant 2.250 gr. qui meurt à 2 jours de débilité congénitale.

La femme est remise au traitement.

Huile grise, 8 injections.

S. W. = 0.

Revient 6 mois plus tard enceinte de 2 mois.

Remise au traitement.

S. W. = ++.

Huile grise, 10 injections.

16-5-26

I. V. 20

novo

23-5-26

I. V. 25

novo

30-5-26

I. V. 30

novo

7-6-26

I. V. 30

novo

La femme fait une poussée d'érythème qui dure toute la semaine.

Muthanol, 9 injections intra-musculaires.

Accouche à terme d'une fille pesant 3.375 gr. Placenta
520 gr.

L'enfant paraît normale. Mise d'emblée au traitement par la liqueur de Van Swieten.

OBSERVATION XIV

Schein. Marie, 22 ans.

Envoyée à la Consultation de Prophylaxie. Est accouchée au terme de 8 mois d'un enfant présentant un spina-bifida. L'enfant est mort à 20 jours.

Enceinte de 5 mois. S. W. = 0.

Reçoit 20 injections intra-musculaires de quinio-bismuth.

Accouche à terme d'une fille pesant 2.950 gr. Placenta
450 gr.

A l'âge de 2 mois, l'enfant est ramenée à la consultation. Elle présente une éruption cuivrée probablement syphiloïde.

Mise au traitement par la liqueur de Van Swieten.

OBSERVATION XV

Warl. Fernande, 24 ans.

Envoyée à la consultation pour ses antécédents obstétricaux.

1° Un enfant mort-né.

2° Un enfant mort à 16 mois de méningite.

3° Enceinte de 4 mois. S. W. = ++.

12-1-21	19-1-21	26-1-21	3-5-21	10-5-21	17-5-21	24-5-21
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90
novo	novo	novo	novo	novo	novo	novo

Le S. W. = 0.

Huile grise intra-musculaire, 8 injections.

Accouche à terme d'un enfant pesant 3.100 gr. Placenta
480 gr.

L'enfant est ramenée âgée de 15 mois, elle paraît normale.

Elle n'a cependant que 2 dents, et un certain degré de retard intellectuel, car elle ne parle pas du tout.

OBSERVATION XVI

Rich. Andrée, 26 ans.

1° Fausse-couche de 3 mois.

2° Un prématuré de 7 mois, mort de convulsions.

Enceinte de 4 mois 1/2. S. W. = ++.

Huile grise intra-musculaire : 12 injections.

S. W. = 0.

Novar. Intra-veineux.	26-4-24	3-5-24
	I. V. 45	I. V. 30
	novo	novo

Accouche à terme, le 8 mai, d'une belle enfant pesant 3.500 gr. L'enfant paraît normale. Elle croît normalement. Nourrie au sein.

On continue de traiter la mère par l'huile grise d'abord, le novar ensuite.

OBSERVATION XVII

Bag. Marie, 32 ans.

Est accouchée dans le service d'un enfant mort et macéré de 6 mois 1/2.

S. W. = ++++.

3-5-24	10-5-24	17-5-24	24-5-24	31-5-24
I. V. 20	I. V. 30	I. V. 45	I. V. 45	I. V. 60
novo	novo	novo	novo	novo
			Adr.	Adr.

7-6-24	14-6-24	21-6-24	
I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	Repos 2 mois.
novo	novo	novo	
Adr.	Adr.	Adr.	

On reprend le traitement par le novar.

28-8-24	5-9-24	12-9-24	19-9-24
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 45	I. V. 60
novo	novo		novo
		Adr.	
26-9-24	3-10-24	10-10-24	17-10-24
I. V. 75	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90
novo	novo	novo	novo
	Adr.		

Le S. W. = +++++. La femme cesse de venir aux piqûres pendant 2 mois. Elle revient enceinte de 3 mois.

S. W. = +++++. Huile grise, 5 injections. Mais on est interrompu par l'apparition d'une stomatite.

Traitement buccal : 3 gr. d'iodure de potassium par jour.

En même temps on reprend le traitement par le novar.

12-2-25	19-2-25	26-2-25	3-3-25	10-3-25	17-3-25	24-3-25
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90
novor	novor	novor	novor	novor	novor	novor

Quinio-bismuth, 12 injections intra-musculaires.

Huile grise, 3 injections intra-musculaires.

La femme accouche à terme d'un enfant pesant 3.000 gr.

A 2 mois 1/2 l'enfant est ramenée à la consultation parce qu'elle ne se développe pas, elle ne pèse que 3.800 gr.

Aspect chétif, bosses frontales très développées, veinosités nombreuses.

On remarquera qu'il s'agit là d'une forme de syphilis arseno-résistante, puisque le S. W. était encore positif après 2 séries de novarsénobenzol.

Néanmoins, après les séries d'huile grise et de bismuth, l'enfant est venu au monde à terme.

OBSERVATION XVIII

Four. Alice. 4 fausses-couches successives de 2 mois, 3 mois, 4 mois et 5 mois.

Un accouchement prématuré à 7 mois. Enfant mort.

Enceinte de 4 mois 1/2. S. W. = 0.

Huile grise, 12 injections. S. W. = ++.

19-2-25	26-2-25	3-3-25	10-3-25	17-3-25	24-3-25
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 75	I. V. 90
novor	novor	novor	novor	novor	novor

La femme accouche à terme d'un enfant normal pesant 4.000 gr. Placenta 550 gr.

OBSERVATION XIX

Dem. Andrée. 1° Une fausse-couche de 4 mois.

2° Un accouchement prématuré, enfant mort.

Enceinte de 5 mois.

Huile grise, n° 8.

3-3-25	10-3-25	17-3-25	24-3-25
I. V. 20	I. V. 30	I. V. 40	I. V. 45
novo	novo	novo	novo

La femme accouche au terme de 8 mois 1/2 d'une fille pesant 2.750 gr. paraissant normale.

OBSERVATION XX

Ghi. Madeleine. A eu 2 fausses-couches de 3 et 4 mois. Enceinte de 5 mois.

17-3-25	24-3-25	31-3-25	7-4-25
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 60
novo	novo	novo	novo
			Adr.
14-4-25	21-4-25	28-4-25	5-5-25
I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90
novo	novo	novo	novo
Adr.	Adr.		

Muthanol intra-musculaire, 3 injections.
L'enfant naît à terme pesant 3 kgs 500.

OBSERVATION XXI

Teis. Maria, 28 ans.

A eu 3 accouchements prématurés : 3 enfants morts.

Enceinte de 2 mois. S. W. = 0.

Huile grise n° 7. S. W. = 0.

Sulfar.	Sulfar.	Sulfar.	Sulfar.	Sulfar.
I. M. 42	I. M. 48	I. M. 24	I. M. 30	I. M. 36
5-5-25	12-5-25	19-5-25	26-5-25	3-6-25
Sulfar.	Sulfar.	Sulfar.	Sulfar.	Sulfar.
I. M. 42	I. M. 48	I. M. 54	I. M. 60	I. M. 60
10-6-25	17-6-25	24-6-25	1-7-25	8-7-25

Le S. W. = 0.

Huile grise n° 2. La femme accouche à 8 mois d'un enfant qui pèse 2.170 gr.

L'enfant est nourri au sein et mis au traitement par la liqueur de Van Swieten.

Il présente un coryza chronique et une déhiscence complète des os du crâne.

Le traitement de la mère est poursuivi par le sulfarsénol.

OBSERVATION XXII

Fol. Anna, 24 ans.

Enceinte de 5 mois 1/2. A déjà subi, l'année dernière un traitement par piqûres.

S. W. = + + + + .

Huile grise n° 10.

Accouche à terme d'un enfant pesant 4.000 gr. Placenta 700 gr. Grosse tête, bouche en trapèze, nez en selle, mais croissance normale.

Mis au gouttes de liqueur de Van Swieten.

La mère est traitée par le novar.

3-5-25	12-5-25	19-5-25	26-5-25	3-6-25	10-6-25	17-6-25
I. V. 20	I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90
novo	novo	novo	novo	novo	novo	novo

Au bout d'un mois, l'enfant est traité par le sulfar et se développe normalement.

Dans cette observation, on remarquera que, malgré un traitement insuffisant, puisqu'il n'a été commencé qu'à 5 mois 1/2, l'enfant est venu au monde à terme, quoique avec un placenta lourd. Grâce au traitement institué dès sa naissance, l'enfant se développe admirablement.

OBSERVATION XXIII

Chol. Jeanne, 24 ans.

A eu 2 accouchements prématurés : enfants morts.

Vient à la consultation enceinte de 2 mois.

S. W. = +++. Mise au traitement par le novar.

19-5-25	26-5-25	3-6-25	10-6-25	17-6-25
I. V. 20	I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 60
novo	novo	novo	novo	novo
				Adr.
24-6-25	1-7-25	8-7-25	15-7-25	
I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90	
novo	novo	novo	novo	
Adr.	Adr.	Adr.	Adr.	

S. W. = 0.

Huile grise n° 10. S. W. = 0.

La femme refuse de continuer les piqûres. On lui donne 3 gr. d'iodure de potassium par jour.

Accouche à terme d'un enfant pesant 4.250 gr. Placenta 650.

OBSERVATION XXIV

Roug. Marianne, 24 ans.

Vient à la consultation de prophylaxie enceinte de 6 mois.

Présente des syphilides lichénoïdes.

Huile grise n° 10

Accouche au terme de 8 mois d'un enfant du sexe masculin, pesant 2.750 gr. Placenta 500 gr. L'enfant est petit et ridé. Revu à l'âge de 20 mois ; il a un front en carène avec bosses frontales proéminentes et veinosités nombreuses du crâne.

Mis au traitement par le sulfar.

Traitement insuffisant pendant la grossesse. Apparition de signes d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XXV

Larb. Jeanne, 22 ans, vient à la consultation enceinte de 8 mois.

A été soignée dans le service de M. Milian, à Saint-Louis, depuis le début de sa grossesse.

A reçu 2 séries de novarsénobenzol séparées par une série d'huile grise.

A Lariboisière elle est mise au novarsénobenzol intra-veineux.

1-7-25	8-7-25	15-7-25
I. V. 45	I. V. 30	I. V. 45
novo	novo	novo

La femme accouche à terme d'un garçon pesant 3.730 gr. Placenta 600 gr.

OBSERVATION XXVI

Miai, Adrienne, 34 ans, est accouchée en 1918 d'un enfant hérédo-syphilitique. Envoyée à la consultation enceinte de 5 mois.

2-9-26	9-9-26	16-9-26	23-9-26	30-9-26
I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 60	I. V. 75
novo	novo	novo	novo	novo
			Adr.	Adr.
7-10-26	14-10-26	21-10-26	S. W. = 0. Huile grise N° 10.	
I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90		
novo	novo	novo		
Adr.	Adr.			

Accouche à terme d'un enfant normal pesant 3.400 gr. Placenta 520 gr.

Après l'accouchement le traitement est poursuivi.

OBSERVATION XXVII

Ramb. Marcelle, 33 ans.

A fait une fausse-couche de 5 mois, un accouchement prématuré à 6 mois.

Présente des stigmates d'hérédo-syphilis.

Traitement systématique. S. W. = 0.

9-9-25	16-9-25	23-9-25	30-9-25	7-10-25
I. V. 20	I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 60
novo	novo	novo	novo	novo
				Adr.
14-10-25	21-10-25	28-10-25	5-11-25	12-11-25
I. V. 75	I. V. 75	I. V. 90	I. V. 90	I. V. 90
novo	novo	novo	novo	novo
Adr.	Adr.			

Huile grise N° 8 S. W. = ++.

Accouche à terme d'un bel enfant pesant 4.300 gr. Placenta 600 gr.

OBSERVATION XXVIII

Mont. Marguerite. Présente des signes de syphilis héréditaire ; nez en lorgnette, fissures rayonnées des lèvres.

S. W. = ++.

* A un enfant de 4 ans ayant un S. W. = ++.

Enceinte de 5 mois.

5-9-25	12-9-25	19-9-25	26-9-25	3-10-25	10-10-25	17-10-25
I. V. 20	I. V. 30	I. V. 45	I. V. 60	I. V. 60	I. V. 75	I. V. 75
novo	novo	novo	novo	novo	novo	novo
		Adr.	Adr.	Adr.	Adr.	Adr.

Refuse de continuer les piqûres. Calomel par la bouche 0 gr. 02 par jour. Accouche d'un enfant icterique qui meurt à deux jours.

CHAPITRE IX

Toutes les observations qui précèdent montrent l'efficacité du traitement spécifique, mais un seul chiffre fera mieux ressortir les résultats qu'il permet d'obtenir. Pendant l'année 1925-1926, 91 femmes ayant eu antérieurement des fausses-couches à répétition, des prématurés ou des morts et macérés, ayant suivi régulièrement la consultation pendant leur dernière grossesse, ont eu à terme des enfants vivants et paraissant bien portants.

Toutefois, le traitement d'une syphilis dépend, non seulement de la malade, c'est-à-dire du terrain, mais encore de la qualité du microbe en cause, plus ou moins virulent, suivant les cas. Il est, en effet, dans la pratique, des syphilis qui guérissent spontanément, d'autres sans cesse récidivantes, malgré un traitement presque incessant et donnant lieu à des accidents bénins, d'autres enfin, muettes pendant vingt ou trente années, et donnant, au bout de ce long silence, des accidents nerveux graves peu ou mal influencés par le traitement.

Les syphilis des femmes enceintes rentrent dans une de ces catégories, et, parfois, il ne suffit pas du traitement pendant une seule grossesse pour donner lieu à un résultat entièrement satisfaisant.

Par exemple : une femme a eu successivement deux ou trois fausses-couches aux alentours du 3^e mois. Traitée, elle mènera sa gestation à terme, mais l'enfant succombera à la naissance ou quelques heures après la naissance : débilité congénitale, dira-t-on ? Non, mais enfant encore infecté par le tréponème, et, suivant l'expression de Fournier, « inapte à la vie ».

Si la malade est courageuse, s'il a été possible de lui expliquer la situation et de faire appel à son intelligence, le traitement sera continué sans interruption jusqu'à la prochaine grossesse et pendant toute cette grossesse, et, cette fois alors, il y a toutes chances pour que le triomphe soit total.

Répetons-le encore ici, le gros écueil dans l'application de tous ces traitements, c'est la réaction de Bordet-Wassermann trop souvent négative, et il ne faut pas nous attendre malheureusement à trouver d'aide, moralement parlant, auprès des médecins qui, non seulement réclament une réaction positive, mais encore nient les procédés plus sensibles : méthode Hecht, antigène de Desmoulières.

Supposons maintenant que nous avons obtenu satisfaction. L'enfant est né succédant à des fausses-couches ou à un mort et macéré, mais son poids est normal, et le poids du placenta est de 1/7.

Quelle est la conduite à tenir ? Dans l'immense majorité des cas, voici comment les choses se passent. L'enfant s'alimente et se développe normalement pendant les six premières semaines, en même temps que son aspect, son habitus extérieur restent ceux d'un enfant sain, puis, brusquement, de deux choses l'une : ou il prend peu à peu l'apparence d'un sujet hypoalimenté évoluant lentement vers l'athrepsie, ou bien encore, dans la seconde alternative, on voit peu à peu se modifier l'aspect de l'enfant, ses caractères somatiques s'altèrent, et prennent peu à peu les caractères du faciès hérédosyphilitique.

On voit les bosses frontales s'accuser, le front se développer, le nez s'écraser à la base.

Vers le 3^e mois, ce sont les tibias qui s'incurvent et, à ce moment, il n'est pas possible de douter que l'enfant n'ait hérité du tréponème maternel. Donc, troubles digestifs, ou troubles dans le développement du squelette, telles sont les deux variétés d'accidents suivant lesquels se manifeste la syphilis héréditaire chez les enfants soignés pendant leur gestation.

Presque toujours, ils se rangent au bout d'un temps plus ou moins long dans un de ces deux types cliniques. C'est pourquoi, afin d'éviter d'avoir des enfants retardataires dans la dentition, dans la marche, dans la soudure des fontanelles, dans l'évolution de l'intelligence, il est préférable de les mettre systématiquement d'emblée et dès le premier mois à un traitement de précaution, que l'on poursuivra, s'il n'y a rien, jusqu'au 6^e mois : s'il se produit quelque chose, jusqu'à ce que l'on juge les phénomènes pathologiques définitivement enrayés et le seuil dangereux franchi.

Malheureusement, si le traitement est accepté en général très facilement par les futures mères, elles se résignent moins facilement à l'obligation d'y soumettre leur enfant.

Telle femme, prête à tout pour avoir un bébé, le juge elle-même normal, et s'abstient de le ramener à la consultation, lorsqu'elle est sortie de l'hôpital. Quelques mois s'écoulent, un an parfois, et, lorsque nous voyons l'enfant, nous nous trouvons trop souvent en présence de déformations du squelette constituées, qu'un traitement préventif aurait permis d'éviter.

Ces résultats lamentables sont le fait d'une éducation populaire insuffisante que l'on n'aura plus à déplorer dans quelques années, quand les notions saines de puériculture et d'hygiène auront été inculquées dès l'école primaire.

CONCLUSIONS

I. — Une étroite collaboration des accoucheurs et des syphiligraphes est indispensable pour dépister la Syphilis chez les femmes enceintes.

II. — Des consultations spéciales doivent, pour des questions de convenances morales et sociales, être annexées aux maternités et en faire partie intégrante, sous le vocable adopté par le P^r Couvelaire et qui ne peut froisser personne : « Dispensaire pour le Diagnostic et le Traitement des maladies Hérititaires ».

III. — Ce n'est, en effet, que dans un service de maternité, que l'on pourra faire venir régulièrement des femmes enceintes pour y recevoir sûrement le traitement nécessaire à la sauvegarde de l'enfant. En effet, avant la fondation de cette consultation spéciale, 8 % des malades envoyées pour traitement de la Maternité, de Lariboisière, ont consenti à se rendre à Saint-Louis.

IV. — Le traitement de la Syphilis chez la femme enceinte est le traitement de la syphilis en général.

L'albuminerie n'est pas une contre-indication, mais commandera simplement l'emploi de sels métalliques solubles, et, en particulier, du cyanure de mercure.

V. — La Réaction de Wassermann ne doit pas être prise comme base intangible d'indication de traitement.

Il faudra tenir compte des antécédents héréditaires, de l'évolution actuelle de la grossesse, et se souvenir que la notion d'une syphilis acquise, même très ancienne, et en dehors de toute activité sérologique, exige un traitement intensif.

VI. — Lorsqu'il existe dans les antécédents d'une femme des fausses-couches successives, ou une polyléthalité, voire même un seul fœtus mort et macéré, un traitement de sauvegarde s'impose.

VII. — Le traitement de la Syphilis pendant la grossesse est une « assurance sur la vie » que prend la mère au profit de son enfant. Donc, ce traitement s'impose comme un devoir absolu, à la mère, comme au médecin. Dans les cas douteux, on pourra, pour s'éviter tout reproche, ne pas faire courir à la mère le risque, si minime soit-il, des arsénobenzènes, et s'en tenir à un traitement hydrargyro-bismuthique.

VIII. — Le traitement chez la femme enceinte doit être poursuivi, sans repos, sans interruption, jusqu'à la fin de la gestation.

Nous n'avons pas de moyens d'appréciation rigoureuse de l'activité du tréponème, et nous ne savons, par conséquent, à quel moment il peut causer d'irréparables désastres.

IX. — Le traitement de l'enfant né d'une femme syphilitique doit être commencé dès sa naissance. C'est le seul moyen de prévenir les troubles de nutrition et les altérations du squelette.

X. — L'adjonction d'infirmières-visiteuses est le complément indispensable de toute consultation de Prophylaxie prénatale. Elles assurent la régularité des femmes aux consultations par leurs conseils, et facilitent le déplacement de celles qui ont une nombreuse famille.

Vu le Doyen :
H. ROGER.

Vu le Président de Thèse :
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Pour le Recteur :
L'Inspecteur de l'Académie :
MAURILLET.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--

Paris. Thèse.

V. 5

1927

Bas-Beno

NAME _____

68992

DATE DUE

[illegible]

